

Smutek a truchlení dítěte

MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Reakci na ztrátu blízkého člověka a průběh procesu truchlení ovlivňuje u dětí stupeň vývoje, na kterém se nacházejí. Článek se zabývá dětským vývojem chápání smrti až k vyspělému konceptu. Blíže ozřejmí fáze procesu truchlení u dětí a upozorní na rizikové chování související s jednotlivými fázemi a možnost rozvoje psychických poruch. Kazuistika ilustruje komplikované odložené truchlení adolescentní pacientky po smrti otce.

Klíčová slova: děti, smutek, truchlení, koncept smrti, kazuistika.

Grief and mourning in child

Children's reaction to death of a close person and the process of mourning is influenced by the state of their development. The article deals with the progress in children's understanding of death until the mature concept of death is achieved. It clarifies stages of the mourning process in children and points out risk behaviour related to particular stages of mourning and possibility of the development of psychiatric disorders. Case report illustrates a complicated postponed mourning in adolescent patient after the loss of her father.

Key words: children, grief, mourning, concept of death, case report.

Pediatr. praxi 2013; 14(4): 248–251

Úvod

Vyrovnat se se ztrátou někoho blízkého je pro děti v dnešní době obtížnější než v dřívějším tradičním rodinném společenství. Umírání a smrt samy o sobě nejsou pro děti tak náročné, jako jsou pro ně ohrožující pocity izolace a vyloučení z rodinného dění. Děti se učí od dospělých, jak mají se smrtí zacházet, jak se s úmrtím blízkého člověka mají vyrovnat. I když je téma smrti tabu nebo dospělí netruchlí otevřeně, dítě prožívá zármutek. Kromě samotné ztráty tedy zažívá ještě bolestnou emoční vzdálenost od rodičů a sourozenců, kteří své pocity a smutek ukrývají. Dítě se tak naučí vnímat smrt jako něco nepřírozeného a špatného a truchlení jako něco, co se má potlačit. Otevřené vyjadřování smutku a truchlení má uvolňující a léčivý vliv, umožňuje dětem truchlit také. I tak mohou mít děti velké pocity nejistoty a zranitelnosti. V době truchlení proto zvýšeně potřebují ujišťování, náklonnost a útěchu (1).

Vývoj konceptu smrti u dětí

Období dětství máme obvykle spojené s prožíváním radosti, nedostatkem starostí a žádnými povinnostmi. Proto nás někdy udi-

kuje, že děti se smrtí zabývají a přemýšlí o ní, a to nejen děti, které jsou nemocné nebo se osobně se smrtí setkaly (2). Začátek odborného zkoumání vývoje konceptu smrti u dětí se datuje do třicátých let minulého století a je spojen se jmény Anthony, Nagy a von Hug-Hellmuth (3). Řadou prací a studií bylo potvrzeno, že vývoj konceptu smrti probíhá v určitých stadiích podle věku dítěte. Jednotlivé složky konceptu smrti jsou podle obecného konsenzu tyto: nevratnost, nefunkčnost, univerzalita, příčinnost a pokračování života mimo tělo (4, 5) (tabulka 1).

Věk dítěte do 5 let

Děti berou smrt jako dočasný a vratný stav, smrt přirovnávají ke spánku nebo k výletu, spojují si stav smrti s konkrétními pozorovatelnými jevy (zavřené oči, odchod pryč). Myslí si, že mrtví mohou ožít, buď spontánně, nebo za pomoci lékařů, kouzlem, přijetím potravy apod. Mrtví se v jejich představách nehýbou, ale cítí, myslí, vidí. I proto kladou ze zvědavosti časté otázky – kde mrtvý člověk je, jestli se má dobře, co jí, jestli je vidí. Tyto otázky mohou být někdy pro truchlící dospělé nepříjemné, pro dítě je ale důležité dostávat na ně od-

povědi. Většina dětí v této věkové kategorii si myslí, že se smrtí dá vyhnout, a stejně tak, že určitých skupin se smrt netýká. Počítají mezi ně hlavně sebe, svou rodinu, děti obecně a oblíbené dospělé (učitele, lékaře, osobnosti z televizních pořadů).

Věk dítěte mezi 5 a 9 lety

Děti již vědí, že smrt je konečná a nevratná událost, jsou ale přesvědčeny, že ji lze ovládnout nebo se jí lze vyhnout, budou-li dost silné, chytré a rychlé. Smrt přiřazují ke starým lidem, později jako něco, co se stává druhým. Jsou schopny připustit externí příčiny smrti. Objevuje se častá personifikace smrti, smrt dostává tvar a vůli. Nejčastější představovanou zobrazení smrti jsou kostlivci, duch, anděl, ale také strašák či klaun. Dítě postupně porozumí těmto složkám konceptu smrti – univerzalita, nevratnost, konečnost, externí příčiny smrti.

Věk dítěte nad 9 let

Děti si propojují jednotlivé složky do komplexního vyspělého konceptu smrti. Probíhá u nich proces truchlení jako u dospělých jedinců. Jako obranný mechanismus někdy slouží chování,

Tabulka 1. Složky vyspělého konceptu smrti a jejich výklad pro děti

Složka konceptu smrti	Výklad pro děti
Nevratnost (definitivní, neodvolatelná)	Když něco živého zemře, tělo již nemůže být oživeno.
Nefunkčnost (zánik, konečnost)	Smrtí ustanou životní funkce, jak pozorovatelné (dýchání, pohyb), tak psychické (myšlení, cítění, vnímání).
Univerzalita	Všechny živé bytosti zemřou, včetně mé osoby. Nevíme, kdy se to stane, ale je to nevyhnutelné.
Příčinnost (externí a interní)	Reálné příčiny smrti externí (autonehoda, pád, výbuch) a interní (stárnutí, infarkt, rakovina).
Pokračování života mimo tělo	Zjišťujeme názory dítěte na život po smrti

ve kterém jakoby „vyzývají, provokují“ smrt, vysmívají se jí. Téma pokračování života mimo tělo se stává častým adolescentním tématem, je spojeno s hledáním vlastní identity a zakotvení v životě a společnosti.

Smutek a truchlení

Smutek a truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu, zvláště je-li nevratná. Je to silně zá-
těžová životní zkušenost, která klade zvýšené nároky na psychiku, odráží se na tělesném stavu, zasahuje síť sociálních vztahů a vazeb a evokuje i duchovní rozměr života. Truchlení je proces, jehož projevy jsou časově proměnlivé a jeho intenzita kolísá. V minulosti byla celá řada rituálů usnadňujících období truchlení a přijetí pomoci a podpory. Lidé umírali hlavně v domácím prostředí, obklopeni příbuznými, děti byly přirozenou součástí truchlícího společenství. Pohřeb člena rodiny byl rodinnou slavností, které se děti účastnily, stejně jako všech pohřbů ve společenství, do něhož patřily (6). Smutek a truchlení měly svou ustálenou formu a řád, se kterými se děti od mala seznamovaly. Dnes jsou umírání a smrt často odosobněny a tabu, truchlícím se spíše vyhýbáme, obtížné s nimi komunikujeme, nesdílíme jejich zármutek (7). Pro děti je pak obtížnější se se smrtí vyrovnat, nejsou-li s ní během svého života zprostředkovaně konfrontovány. Novými modely se naopak stalo setkání se smrtí ve velkém počtu, ať již v médiích nebo počítačových hrách.

Proces truchlení probíhá u dospělých v několika stádiích. Počáteční šok, popírání ztráty a nepřijetí trvají od minut přes dny až týdny, typické jsou v tomto období protesty proti ztrátě a očekávání návratu zemřelého. Následující přechodné období diskomfortu a sociální izolace trvá týdny až měsíce. Objevují se intenzivní vzpomínky na zemřelého, ale také pocity viny či hněvu. V konečném stadiu restituce a reorganizace, trvajícím měsíce až roky, dochází u pozůstalých k loučení se starou životní rolí a nacházení nové, navrací se potěšení ze života a obnovují se sociální vazby. Nejdůležitější je každou ztrátu připustit, oželeť, odtruchlit a zpracovat (8). Proces truchlení může být pro 9–20 % pozůstalých komplikovaný (9). Chronické truchlení se objevuje častěji v případech, kdy vztah mezi truchlícím a zemřelým byl velmi těsný, ambivalentní nebo závislý nebo když chybí truchlícímu podpůrná sociální síť. Hypertrofované truchlení vzniká nejčastěji po náhlé, nečekané smrti blízkého, kdy projevy smutku jsou extrémně intenzivní. Tradiční smuteční rituály nejsou schopny ztláčit úzkost a projevy distresu. Odložené truchlení

se projevuje chybějícím nebo inhibovaným procesem smutnění, což je výsledek dlouhodobého vyhýbání se bolestným emocím nebo popření. Hněv a pocity viny se však objevují často a komplikují průběh. U traumatického truchlení je smutek jak hypertrofický, tak chronický. Typické je popírání smrti blízkého, úzkostné příznaky, intruzivní zabývání se zemřelou osobou a okolnostmi úmrtí, to se střídá s vyhýbáním se bolestným emocím a depersonalizací, objevují se zvýšená vulnerabilita, dysforie. Tyto projevy jsou neúměrně intenzivní a trvají dlouhou dobu, narušují fungování postiženého, často vedou k sociální izolaci a znemožňují plně vykonávat každodenní činnosti (9). Komplikované truchlení může být také příčinou úzkostných a depresivních poruch, zneužívání či závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách a v extrémním případě důvodem k suicidii (8).

Truchlení dítěte

Akutní truchlení při ztrátě blízké osoby můžeme pozorovat již u dětí před koncem prvního roku života, kdy si již vytvářejí specifický citový vztah a reagují na odloučení. V batolecím věku může na ztrátu blízkého člověka reagovat dítě spíše neverbálně, neklidem, hledáním, ve snech. Obecně můžeme říci, že děti mladší pěti let jsou ohroženy nejen samotnou ztrátou, čili odloučením od milované osoby. Stejně traumatizující je pro ně pocit izolace a vyloučení z rodinného dění, zážitek bolestné emoční vzdálenosti od rodičů a starších sourozenců, kteří svůj smutek před dítětem skrývají. Smrt pak vnímají jako něco nepřírozeného a špatného a truchlení jako něco, co se má potlačit. V době truchlení jsou předškolní děti zvýšeně nejisté a zranitelné. Smutek pociťují většinou jen v okamžicích, pak se vrací ke svým hrám. Děti školního věku se vyrovnávají se ztrátou vztahu se zemřelým. Mají potřebu sdílet své pocity, potřebují ujištění, že o ně bude postaráno, a to i z materiální stránky. U dospívajících jsou prožitky ztráty často intenzivnější než u dospělých, mísí se v nich zranitelnost dítěte s odpovědností dospělého. Může se objevit bolest, prázdnota, bezmoc, izolace, vztek, zmatek, pocity viny, nezájda i suicidální pokus. Na rozdíl od dospělých reagují velmi bouřlivě na ztrátu blízké vrstevnické osoby.

Stadia procesu truchlení u dítěte

Proces vyrovnávání se dítěte se závažnou ztrátou je podobně jako u dospělých v literatuře dobře popsán. Fáze tohoto procesu jsou pouze orientačním vodítkem. Proces truchlení je u každého dítěte jiný, některé fáze se překrý-

vají, jiné zcela chybí. Děti nemusí projít všemi fázemi, i když je to často znakem toho, že prošly procesem truchlení zdravě a znovu se zapojily do běžného života. Znalost jednotlivých fází nám také pomáhá pochopit podivné chování dětí v některých fázích. Proces truchlení u dětí dle Carra (10) má následující stadia:

1. Šok – „jsem šokovaný ztrátou blízkého člověka“. Dochází ke změnám emocí až jejich ztrátě, sníženému zájmu o ostatní, horší koncentraci.
2. Popření – „můj blízký člověk není mrtvý“. Dítě může sdělovat, že zesnulého vidí nebo s ním mluví.
3. Touha a hledání – „musím najít zemřelého“. Objevují se útky z domova, toulání se, dítě často kontaktuje příbuzné.
4. Zármutek – „cítím se smutně, beznadějně, osamoceně. Ztratil jsem někoho velmi blízkého, na kom mi záleželo“. Dítě je plačtivé, má trvale smutnou náladu, nedostatek energie a aktivity, poruchy spánku a příjmu potravy, objevuje se malá koncentrace a výkon ve škole.
5. Hněv (zlost) – „zlobím se, že mě můj blízký opustil“. V chování dítěte se objevuje agresivita, záchvaty vzteku, konflikty s rodiči, učiteli či vrstevníky, špatná koncentrace a výkon ve škole, u starších dětí zneužívání alkoholu a návykových látek. Vztek se může obrátit i vůči blízkým pozůstalým, že neřekli o bližší se smrti blízkého člověka, o jeho nemoci, že jim neumožnili se rozloučit, že je nechrání od bolesti. Vyčítat mohou i zvýšenou pozornost a čas věnované umírajícímu.
6. Úzkost – „bojím se, že mě zesnulý potrestá za to, že jsem způsobil jeho smrt. Bojím se, kolik lidí umírá kvůli nemoci či nehodám“. Dítě je úzkostné, plačtivé, projevuje se separační úzkost, odmítá chodit do školy. Může se objevit regresivní chování, pomočování, různé somatické potíže.
7. Vina a smlouvání – „byla to moje chyba, že můj blízký člověk zemřel. Měl bych tedy také zemřít“. Dítě trpí výčitkami, sebepoškozuje se, má sebevražedné myšlenky a tendence.
8. Přijetí – „miloval jsem zemřelého. Teď ale musím pokračovat bez něj a uchovávat si ho ve svém srdci“. Dítě se smíruje se ztrátou a vrací se do běžného života.

Bez ohledu na popsany proces má každé dítě právo prožívat situaci ztráty blízkého člověka individuálně. Nemusí plakat a nemusí se ptát, nemusí, ale může mít vztek na toho, kdo zemřel nebo na ty ostatní. Může být zlobivý, podráždě-

né, může chtít útěchu, ne rady. Děti se na změnu ve svém životě obvykle adaptují bez větších obtíží. U některých se ale mohou vyskytnout závažné poruchy jak v oblasti emoční, tak somatické a behaviorální. Souhrn těchto poruch podává tabulka 2 (1). Proces truchlení může být i u dítěte komplikován rozvojem závažné psychické poruchy. Z těch nejčastějších je to depresivní porucha, úzkostné poruchy, včetně separační, posttraumatická stresová porucha, poruchy chování, poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek, porucha přizpůsobení, sebepoškození, suicidální pokus, psychotická porucha.

Dítě s nekomplikovaným procesem truchlení stejně jako dospělý nepotřebuje žádnou specifickou pomoc. V kontaktu s ním pomáhá být empatický, naslouchat a být mu k dispozici, pochopit jeho případné nevhodné chování, ale zároveň dát najevo, že nemůže být tolerováno. Praktický dětský lékař by měl v situaci ztráty blízké osoby dítěte být v kontaktu jak s dítětem, tak jeho rodinou a sledovat, zda se u dítěte neobjevují známky psychické poruchy. Dítě s komplikovaným truchlením či příznaky psychické poruchy by mělo být doporučeno podle závažnosti jeho stavu k odborné pomoci dětského psychiatra nebo psychologa (tabulka 3). Knižně se tematikou dětského zármutku po ztrátě úmrtím zabývá Malá v publikaci Dítě a stres (11).

Kazuistika komplikovaného truchlení u adolescentní pacientky

Šestnáctiletá dívka byla přijata akutně na dětskou psychiatrickou kliniku po suicidálním pokusu pořezáním na předloktí, hospitalizace byla doporučena konziliárním psychiatrem poté, co ji matka přivezla do nemocnice v místě bydliště. Jako motiv suicidálního pokusu udávala vcelku vágní školní problémy a nepohodu doma, hlavně hádky se sestrou. Suicidální myšlenky se u ní začaly poprvé objevovat před cca 2 lety. Do stejné doby pacientka datuje začátky sebe-poškození řezáním na nesnadno viditelných místech (vnitřní strany stehén, plosky nohou). Nyní byla v rámci suicidálního pokusu pořezána žiletkou na obou předloktích, rány musely být chirurgicky ošetřeny.

Z anamnézy: matka pacientky byla odlišného příjmení, marketingová manažerka, byla zdráva. Otec po prodělané závažné autonehodě trpěl vleklými zdravotními obtížemi, přestal pracovat, 7 let byl doma, manželka se o něj starala, před 2,5 lety spáchal doma sebevraždu zastřelením. Pacientka i její sestra – dvojče byly zdravé. Matka s dcerami žila na vesnici, v relativ-

ní sociální izolaci. Pacientka navštěvovala třetí ročník gymnázia, byla prospěchově průměrná, selhávala v matematice. Zajímaly ji hlavně počítače. Ve třídě nebyla dle svého názoru oblíbená, odlišovala se od svých vrstevníků, nebavila ji témata, o kterých spolužáci mluvili. Matka pacientky její čin vůbec nechápala, domácí prostředí viděla jako téměř bezproblémové. Vztahy s vrstevníky a školní výkon hodnotila u dcery jako problematické.

Po přijetí na kliniku se pacientka během několika dnů adaptovala na nový režim, postupně navázala kvalitní výběrové vztahy s vrstevníky. Dobře pracovala ve skupinové terapii. Její nálada kolísala, v úvodu hospitalizace byly časté depresivní rozlady, k výrazné stabilizaci nálad došlo po dvou týdnech od nasazení antidepresiva (fluoxetin 20 mg p.d.), medikace byla bez nežádoucích účinků, subjektivně byla hodnocena dívkou jako přínosná. Psychologickým vyšetřením byl zjištěn mírně nadprůměrný celkový intelektový výkon a specifická porucha počítání (dyskalkulie). Osobnost byla hodnocena jako disharmonicky se vyvíjející, výrazně vyhybavá, sociálně nekvalitně adaptovaná, s nízkým sebevědomím, ale individualisticky se (zřejmě kompenzačně) prosazující. U dívky bylo výrazné zaměření na výkon a úspěch, k sobě byla kritická. Aktuální prožívání bylo depresivní.

S pacientkou jsme začali individuálně psychoterapeuticky pracovat metodou kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Jako problematické oblasti pacientka určila školní výkon a sebehodnocení, problematiku vztahu k vrstevníkům a rodinné vztahy. Již při anamnestickém

rozhovoru se objevilo jako tabuizované téma nemoci a smrti otce. Pacientka se projevovala vůči ztrátě otce jako pasivní, lhostejná, s absencí smutku. Nechtěla o něm mluvit, nechtěla mluvit o jeho smrti, podle ní to bylo téma, o kterém se doma nesmělo mluvit a připadalo jí to tak správné. Podrobným rozhovorem s matkou pacientky byl zjištěn zastavený proces truchlení u matky ve stadiu hněvu a viny. Matka pacientky si po smrti otce změnila příjmení z manželova na své rodné, přestala se stýkat s manželovou rodinou, s dcerami o otci nemluvila, z domu odstranila věci, které jí manžela připomínaly. Vyčítala mu, že je opustil bez zajištění, bez rozloučení, po dlouhé době, kdy se mu díky jeho nemoci podřizovala celá rodina a pečovala o něj. Zároveň pocítovala vinu za jeho sebevraždu, měla si více všimnout, že měl špatnou náladu, měla ho více podpořit a motivovat. Matka byla přes počáteční neochotu schopna o manželovi a jeho smrti hovořit, nejprve individuálně, poté i v přítomnosti obou dcer.

Pacientka zprvu o nemoci a smrti otce během individuální psychoterapie téměř nemluvila, zůstávala ve fázi odloženého truchlení. Velmi dobře pracovala ve strukturované KBT, v nácviku sociálních dovedností, vytvořila si s ošetřující lékařkou pevný terapeutický vztah. Od obecného tématu smrti, které bylo častým obsahem jejích myšlenek, se postupně dostala za podpory terapeutky k tématu smrti otce. Připustila svou ztrátu a uvědomila si pocity, které s ní byly spojené – lítost, hněv, vinu a smutek. Popsala změny ve svém chování a myšlení (suicidální myšlenky, sebepoškození), ke kterým došlo po smrti

Tabulka 2. Poruchy u dětí v době truchlení

Emoční oblast	Somatická oblast	Chování
Zvýšená úzkost	Letargie/vyčerpání	Regrese
Panické ataky, fobie	Poruchy spánku	Agresivita
Střídání nálad, deprese	Nechutenství, přejídání	Impulzivita
Pocity viny	Enuréza/enkopréza	
Závislost	Nevolnost	
Poruchy koncentrace	Zvýšená teplota	
Snížená motivace	Ekzém	

Tabulka 3. Co může lékař udělat pro truchlící dítě

Být v kontaktu s dítětem a jeho rodinou.
Být vnímavý a empatický.
Naslouchat a být k dispozici.
Na otázky odpovídat šetrně, ale pravdivě.
Nepokoušet se dítě rozveselit nebo přivést na jiné myšlenky.
Pochopit nevhodné chování, ale zároveň ho netolerovat.
Sledovat, zda se u dítěte neobjevují známky duševní poruchy. Pokud ano, odeslat dítě k odborníkovi.

otce. Ztrátu si v terapeutickém prostředí odžila a vyplakala. Prožila v imaginaci znovu den, kdy se s otcem viděla naposledy. Napsala mu dopis na rozloučenou, jehož prostřednictvím poprvé sdělila, jak moc jí otec chybí. Během hospitalizace proběhla společná sezení s matkou a sestrou pacientky vedoucí k postupné reorganizaci domácího života a zaměřené na hledání nové formy vazby k zemřelému otci. Propustka do domácího prostředí, kde se realizovaly naplánované činnosti (návštěva hřbitova, prohlížení fotografií, kontakt s rodinou otce), proběhla s jedním drobným sebepoškozením pacientky (propíchnutí kůže špendlíkem), dále již k žádnému sebepoškození nedošlo. Suicidální myšlenky byly přítomny pouze v úvodu hospitalizace, po zpracování traumatu ze smrti otce se již u pacientky neobjevovaly ani obecné úvahy o smrti.

Diskuze

S komplikovaným truchlením se můžeme setkat jak v dospělém, tak v dětském věku. K terapii komplikovaného truchlení je používána řada strategií běžných v kognitivně behaviorální nebo interpersonální psychoterapii, jako jsou psychoedukace, stanovení problémů a cílů, probírání historie vztahů, včetně zpřítomně-

ní zážitků, obrazů, okolností úmrtí a jejich důsledků, zpracování sebeobviňování, postupné odstranění vyhybavého chování a myšlení, použití zážitkových metod k facilitaci rozloučení se (imaginace, terapeutické dopisy, prázdná židle), zapojení příbuzných, zvýšení denní aktivity a podpora optimálních interpersonálních funkcí. Terapeut pomáhá pacientovi přebudovat jeho vztah k zemřelému, vylíčit proces loučení, povzbuzovat vyjádření i ujasňovat emoce, včetně ambivalentních pocitů (12). Pokud ale smutek trvá několik měsíců nebo je závažný, použijeme stejnou léčbu jako při farmakoterapii deprese (9).

Závěr

Dítě většinou zvládne situaci ztráty blízké osoby tak, jak ji zvládnou dospělí v jeho nejbližším okolí. Když vnímá podporu, péči, bezpečí a zároveň otevřenost, je schopno projít procesem truchlení a přijmout fakt ztráty. V případě komplikovaného truchlení nebo rozvoje psychické poruchy je doporučena specializovaná péče dětského psychiatra nebo psychologa.

Literatura

1. Soukupová T. Zármutek a truchlení u dětí. www.umirani.cz
2. Kastenbaum R. The Psychology of Death. New York: Springer Publishing Company 2006.

3. Slaughter V. Young children's understanding of death. *Australian Psychologist* 2005; 40(3): 179–186.
4. Knight V, et al. Death and Dying, Life and Living. Belmont: Wadsworth Publishing 2003.
5. Speece MW, Brent SB. Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. *Child Development* 1984; 16(3): 211–219.
6. Matějček Z, Dytrych Z. Krizové situace v rodině očima dítěte. Praha: Grada 2002.
7. Soukupová T. Umíme ještě truchlit? *Psychologie dnes* 2006; 5: 18–20.
8. Prašková H, Praško J. Truchlení a smutek. *Psychiatrie* 2003; 7 (Suppl.2).
9. Praško J, Kamarádová D, Sandoval A, et al. Komplikované truchlení a jeho léčba. *Postgraduální medicína* 2012; 6: 79–87.
10. Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach. London: Routledge 1999.
11. Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigis 2007.
12. Kosová J, Praško J. Poruchy přizpůsobení. In Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Anepra 2008: 330–341.

Článek doručen redakci: 28. 6. 2013

Článek přijat k publikaci: 24. 7. 2013

MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol
iva.dudova@lfmotol.cuni.cz
